



REACCIÓN Y RESILIENCIA ANTE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

REACTION AND RESILIENCE TO CHILD HOSPITALIZATION

Trabajo de Fin de Grado de Enfermería

Revisión Narrativa

Autora: María Goicoechea Núñez

Tutora: Dra. Carmen Sellán Soto

Curso académico: 2017-2018

“Somos un globo de emociones en un mundo lleno de alfileres”

Paola Yepes, 2016

RESUMEN

Introducción: El internamiento del paciente pediátrico genera un gran impacto o repercusión tanto para la vida del niño como para sus familiares. **Objetivo:** revisar la literatura sobre las posibles estrategias asistenciales que pueden llevar a cabo los profesionales enfermeros para contribuir a un mejor afrontamiento y resiliencia ante el proceso de hospitalización del paciente pediátrico. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *CUIDEN*, *SciELO*, *PubMed*, *Psicodoc* y *PsycINFO*, empleando tanto lenguaje controlado como lenguaje libre, todos ellos unidos a través del operador booleano *AND*. Los principales filtros fueron la acotación temporal de 10 años, textos en castellano, inglés y portugués indistintamente, así como artículos relacionados con la edad pediátrica. **Resultados:** Tras 23 artículos seleccionados, la información recopilada se organizó en dos bloques diferentes: Resiliencia Infantil (que cuenta a su vez con dos subapartados: Distracción interactiva y Distracción pasiva) y Resiliencia Familiar. En ambas secciones se plasman la variabilidad de estrategias que pueden llevar a cabo tanto los niños como sus familias para un mejor afrontamiento al proceso de enfermar infantil. **Conclusiones:** Se destacan los aspectos afectivos presentes en la hospitalización infantil que pueden ser aprovechados por el equipo de salud para cubrir sus necesidades y garantizar un cuidado integral de calidad. Gracias al desarrollo de actividades lúdicas se rescata la condición de ser niño en el contexto hospitalario, favoreciendo la adherencia terapéutica, minimizando los factores estresantes y capacitando tanto al niño como a sus familiares a ser resilientes.

Palabras Clave: Resiliencia, Afrontamiento, Hospitalización infantil, Familia.

ABSTRACT

Introduction: Pediatric patient internment generates a great impact or repercussion on the child's life and even for their family members. **Objective:** to review the literature on the possible care strategies that nursing professionals can carry out to contribute better coping and resilience in the process of pediatric patient hospitalization. **Methodology:** A bibliographic search was carried out in the databases CUIDEN, SciELO, PubMed, Psycodoc and PsycINFO, using both controlled and free language, all of them linked through the Boolean operator AND. The main filters were the 10-year time scale, texts in Spanish, English and Portuguese without distinction, as well as articles related to the pediatric age. **Results:** After 23 selected articles, the information recollected was organized into two different blocks: Children Resilience (which has two subsections: Interactive Distraction and Passive Distraction) and Family Resilience. In both sections, the variability of strategies that can be carried out by both children and their families for better coping with the process of sick children. **Conclusions:** The affective aspects present stand out results in children's hospitalization and can be used by the health team to cover their needs and ensure comprehensive quality care. Thanks to the development of recreational activities, the condition of being a child in the hospital context is improved, favoring therapeutic adherence, minimizing stressors and enabling both the child and their relatives to be resilient.

Keywords: Resilience, Coping, Hospitalized Child, Family.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
1.1. Contextualización	1
1.2. La hospitalización como agente estresor	4
1.3. Reacciones ante la enfermedad y sus fases	6
1.4. Procesos de afrontamiento	10
1.5. Justificación	13
1.6. Objetivos	15
2. Material y métodos.....	16
2.1. Diseño	16
2.2. Estrategia de búsqueda.....	16
2.3. Criterios de inclusion y exclusión.....	17
2.4. Búsquedas realizadas	18
3. Resultados.....	21
3.1. Resiliencia infantil	21
3.1.1. Distracción interactiva.....	21
3.2.2. Distracción pasiva.....	24
3.2. Resiliencia Familiar	26
4. Discusión	29
5. Conclusiones.....	31
5.1. Líneas de Investigación	32
6. Agradecimientos.....	33
7. Referencias Bibliográficas.....	34
8. Anexos.....	40

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Principales estresores pesentes durante la hospitalización infantil.....	4
Tabla 2: Beneficios del Modelo de Cuidados Centrados en la Familia	12
Tabla 3: Búsquedas y Resultados	18
Tabla 4: Factores que determinan la capacidad de resiliencia familiar	27
Tabla 5: Relación de resultados bibliográficos por orden de autor y sus resúmenes	40

1. INTRODUCCIÓN

Con la presente revisión narrativa, se pretende plasmar el gran impacto que provoca la hospitalización infantil (tanto a nivel individual, como familiar), así como promocionar diferentes estrategias que resultan beneficiosas para mejorar el afrontamiento al proceso de enfermar.

1.1. Contextualización

Parafraseando a Jaramillo (2007), la concepción de infancia viene determinada en función del contexto histórico y cultural en el que el niño se encuentre inmerso. Es por ello, que, a lo largo de los años, se ha ido produciendo una evolución del concepto infancia.

Desde una perspectiva histórica, diversos autores (DeMause, 1982., Jaramillo, 2007) revelan que, los niños en el Mundo Antiguo, eran una inversión a largo plazo y su máximo valor dependía de su contribución a la subsistencia familiar. Existía el infanticidio, la esclavitud y se producía el abandono de niños gravemente enfermos.

Durante la Edad Media, por influencia del cristianismo, es la Iglesia la responsable de educar a los niños y curar sus “imperfecciones”. Los niños se abandonan en la puerta de las iglesias. DeMause (1982), menciona que: *“Los castigos físicos eran muy habituales, y tenían una doble función: purificar al niño/a y descargar el peso emocional del adulto”* (p.125).

Este mismo autor, afirma que, la infancia durante la Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XVIII- principios del XIX) se caracteriza por las condiciones de esclavitud en las que trabajan los niños. Fue a principios del siglo XX cuando se comienza a establecer una opinión pública favorable hacia una legislación protectora de la infancia. Destaca, en 1924, la Sociedad de Naciones Unidas, orientada a defender el derecho del niño a desarrollarse de modo normal, fuera de cualquier explotación. A partir de entonces, disminuye la mortalidad infantil, y se observa interés por la educación del niño, desarrollando y potenciando sus habilidades. En el caso de España, Sellán, (2009) destaca la creación de la Especialidad de Enfermería Pediátrica en el año 1964, a partir del Decreto 3524/64 del 22 de Octubre. Otro de los progresos mencionados por Cachón Rodríguez (2007), de gran trascendencia a nivel Nacional, fue en 1984, gracias al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), donde se manifiesta la

importancia del vínculo madre-hijo con el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria.

Asimismo, a nivel internacional, se empiezan a elaborar tratados y convenciones enfocados a la protección de los niños. Uno de los más significativos, según Verhellen (1997), fue la Convención sobre los Derechos de la Infancia, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas, en 1989, que pasó a formar parte del ordenamiento jurídico. En este sentido, UNICEF (2006) destaca que “... *la aceptación de la Convención por parte de un número tan elevado de países ha reforzado el reconocimiento de la dignidad humana, fundamentalmente de la infancia...*”. (p.6)

Según Serradas (2008) en el caso de Europa, en el año 1992, se creó la Carta de los Derechos del Niño en el Parlamento Europeo, así como la figura del Defensor Menor. Ambos constituyen un modelo y un marco referencial para su aplicación y cumplimiento, tanto en instituciones, como en la comunidad en general. Esta Carta, proclama un total de 23 puntos, haciendo referencia a los derechos del niño hospitalizado, de los que se puede extraer lo siguiente: Evitar la hospitalización del niño siempre que sea posible; Derecho a estar acompañado de sus padres; Derecho a recibir información adaptada para su edad y desarrollo mental; Derecho a negarse a cualquier cuidado o examen; Derecho a respetar su intimidad.

Gracias a los estudios que cuestionaban el modo tradicional del cuidado infantil, hoy en día se echa la vista atrás y no sólo se observa una evolución del concepto “infancia” mencionado anteriormente, sino que también, ha variado el concepto de “Salud”. Parafraseando a López-Naranjo, (2011) este último concepto ya no sólo significa ausencia de enfermedad, sino que también abarca aspectos como crecimiento y desarrollo, antiguamente ignorados.

La OMS considera que: “*El concepto de desarrollo, abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio-afectivos y temperamentales, como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa*”. De esta manera, se deben llevar a cabo intervenciones necesarias para promover un mejor desarrollo psicológico y crecimiento físico de los niños, siendo así más fácil alcanzar un estado completo de bienestar físico, mental y social.

En cuanto a la idea de enfermedad, según explican Rodríguez y Frías, (2005), se ha comenzado a hacer una distinción entre “estar” y “sentirse” enfermo, de acuerdo con factores psicológicos, factores personales, y conductas de salud. Ya se hacía una diferenciación en el lenguaje inglés, donde se refleja en el estudio de Wikman, Marklund y Alexanderson, (2005) que el término *disease* se refiere a la condición diagnosticada de manera objetiva, mientras que *illness* se identifica con la mala salud percibida subjetivamente por uno mismo. Incluso existe un tercer concepto, *sickness* relacionado con el rol social, es decir, lo que la sociedad entiende por enfermedad. En cuanto a los factores psicológicos ya mencionados, influyentes en el estado de salud o enfermedad, el factor psicológico más determinante es el estrés.

Según cita Rodríguez y Frías (2005) en su artículo, Lazarus y Folkman ya en 1984, proponen una definición del estrés como “*una relación entre la persona y el medio ambiente que es apreciada por la persona como agotadora o excediendo sus recursos y amenazando su bienestar*” (p.175). A medida que se ha llevado a cabo un desarrollo teórico para definir el estrés, en el estudio de Rodríguez y Frías (2005), encontramos tres interpretaciones: estrés como estímulo (estresor), estrés como respuesta (entorno) y, por último, estrés como transacción, que incorpora las dos anteriores.

El modelo transaccional del estrés descrito por Barraza (2006), conlleva un proceso de entrada-salida. En el primero, se produce el acontecimiento estresante, y en el segundo, se ponen en marcha, los mecanismos o recursos necesarios para enfrentarse a las demandas. En función de la interpretación de los acontecimientos sucedidos, el autor desvela tres tipos de valoraciones:

- Positiva: Cuenta con los recursos necesarios para enfrentarse al acontecimiento de manera favorable. Caracterizado por un resultado equilibrado.
- Negativa: No cuenta con los recursos necesarios, por lo que la persona se encuentra desbordada, con emociones negativas ante la amenaza que le supone. Representa un resultado desequilibrado.
- Neutra: El acontecimiento no implica al individuo.

Según Conde, Dajruch, Ventura (2015), la niñez, al igual que la etapa adolescente y la vejez, “*...se caracterizan por una mayor vulnerabilidad somática, psicoafectiva y social, producto del propio desarrollo humano*”. (p.18) Cuando un ingreso hospitalario

(de larga duración), irrumpe en la vida del niño, la enfermedad según Aláez, Martínez-Arias, y Rodríguez-Sutil (2000), puede convertirse en un elemento generador de síntomas psicológicos desadaptativos para la vida presente, o la vida futura del niño.

Por tanto, cuando se interna a un niño en el ámbito hospitalario, según López-Naranjo (2011), resulta innegable que las enfermeras pediátricas abarquen en el cuidado, un conjunto de aspectos psico-socioculturales del enfermo y de su entorno, así como conocimientos específicos, sobre el proceso de enfermar de cada individuo y su recuperación, sin olvidar las necesidades de la familia.

1.2. La hospitalización como agente estresor

Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996) afirman que, la hospitalización infantil supone un desafío tanto para el niño como para la familia, y ponen a prueba las competencias de ambos para enfrentarse a la enfermedad, la cual, puede marcar su futuro.

Cuando el ingreso hospitalario acontece en la vida de un niño, se generan una serie de estresores, responsables de generar respuestas negativas ante el estrés. Los principales estresores durante la hospitalización infantil se mencionan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Principales estresores presentes durante la hospitalización infantil

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">○ Entorno Hospitalario: ambiente no familiar, presencia de extraños○ Enfermedad○ Dolor○ Exposición a material médico: procedimientos invasivos○ Anestesia: miedo a no despertar○ Separación de los padres, familiares y amigos○ Estrés de las personas acompañantes○ Ruptura de la rutina habitual y adaptación de la impuesta○ Pérdida de autonomía, control y competencia personal○ Incertidumbre sobre la conducta apropiada○ Muerte |
|---|

Fuente: Tomado de Méndez F.X, Ortigosa J.M y Pedroche. S. (1996)

En primera estancia, el hospital, tal y como refieren Nascimento y Luiz, (2007), es un entorno desconocido para el niño, dónde no se siente refugiado ni seguro. La exposición a un ambiente que no es familiar para ellos, con decoración fría e impersonal, con mobiliario o instrumentos extraños, puede ser la causa primaria por la que un niño comienza a sufrir estrés emocional. Además, el estrés tiende a ir en aumento a medida que son sometidos a los procedimientos médicos dolorosos, que supongan la separación de los padres, y una continua interrupción por parte de los profesionales. A medida que la hospitalización requiera un tiempo más prolongado, los niños deben ajustarse a “habitar” en un lugar nuevo, utilizando una vestimenta estandarizada, siguiendo una serie de normas, diferentes a las de casa (alimenticias, terapéuticas, conductuales) impuestas por el equipo de salud.

Dado que no poseen experiencias previas, tienden a construir una serie de representaciones mentales para dar significado al internamiento. Con la finalidad de disminuir las consecuencias negativas en base a lo que ellos entiendan por hospitalización, es aconsejable llevar a cabo una preparación previa, siempre y cuando ésta sea posible. Autores como Volpato et al., (2018) consideran la posibilidad de llevar a cabo medidas preventivas, para disminuir el estrés psicológico, y que, dependerán de varios factores, tales como, la edad del niño, del tiempo de internamiento, del comienzo de la enfermedad y de la gravedad y pronóstico del cuadro clínico.

Los programas de preparación psicológica, parafraseando a Quiles y Carrillo, (2000), son un conjunto de procedimientos que tienen como objetivo minimizar el impacto psicológico al comienzo del ingreso, así como facilitar la adaptación al nuevo ámbito y mejorar la adhesión terapéutica. Se debe comenzar informando al niño y a la familia sobre el proceso que van a seguir, adecuado a la edad del niño, preferiblemente de manera oral, y explicando a través de dibujos o utilización de juguetes para una mayor comprensión, a medida que el niño va perdiendo el miedo. Para Nascimento y Luiz (2007), es fundamental establecer una relación de confianza entre el niño-familia y el equipo de salud. Para ello, se presentará al equipo, consiguiendo un primer acercamiento. Una vez el niño va tomando confianza, se le orienta en la unidad y se le ubica en la habitación. Para terminar, es aconsejable indicar aspectos positivos, como la presentación de compañeros, y las posibilidades lúdicas que tenga el hospital, acorde a la unidad y enfermedad.

Teniendo en cuenta los estresores ya mencionados, los factores personales del individuo, y los factores ambientales (potencialmente modificables), se van a producir un amplio registro de reacciones ante el proceso de enfermar en los diferentes grupos de edad, así como en sus respectivas familias. Será entonces responsabilidad del profesional enfermero llevar a cabo intervenciones necesarias para facilitar el proceso de adaptación.

1.3. Reacciones ante la enfermedad y sus fases.

Lo recopilado tras la lectura de diversos autores, ver entre otros, Fernández (2010); Freud (1986); Ortigosa et al., (2000); Méndez et al., (1996); y González (2011) que, hablan sobre las reacciones que pueden experimentar los niños, según los diferentes grupos de edad, se describe a continuación:

▪ Lactantes:

La hospitalización supone un cambio de rutinas. La separación de los padres produce temor e inseguridad. Fernández (2010) menciona que: “... *se debe a su conciencia de ser un Ser dependiente de los cuidados de un adulto y el hecho de estar internado reactiva los miedos de que ese adulto le deje.*” (p.6)

A partir de los 6-8 meses se forma el vínculo emocional por lo que la ansiedad de separación les produce irritabilidad, así como alteraciones en la alimentación y el sueño.

▪ Niño de 1-3 años:

La separación de los padres es el principal estresor. A partir de los estudios de Robertson y Bowlby (1950-1960) consideran que hay 3 etapas de la ansiedad de separación en niños hospitalizados, en las que se produce una interpretación errónea por parte de los profesionales. La primera de ellas, **Fase de protesta**. En la que aumenta el llanto en busca de sus padres, al acercarse un extraño, por lo que los profesionales se mantienen alejados. La segunda, **Fase de desesperación**. En la que se produce una reacción negativa al llegar los padres, con actitud pasiva y apática. Los profesionales entienden que el niño está adaptándose, que la ausencia de los padres es beneficiosa. Y, por último, **Fase de indiferencia o**

rechazo. En la que puede entenderse que el niño se ha ajustado a la pérdida de sus padres, está abatido por una prolongación de la separación. Muestra mayor interés para jugar con otros niños, formando relaciones superficiales, centrándose cada vez más en sí mismo, y dando importancia primordial a los regalos.

Todo esto, según González (2011), da lugar a una serie de malentendidos que puede provocar la desestructuración familiar. Por tanto, es fundamental llevar a cabo intervenciones enfermeras, así como educación para la salud, para explicar e implicar el cuidado familiar en estas situaciones, con la adecuada actuación en base a cada situación.

Son niños que no entienden por qué sus rutinas son interrumpidas. Además, en estas edades empiezan a descubrir y mover su cuerpo, por lo que resulta aún más complicado, mantener el control. Según menciona Fernández (2010): *“La enfermedad, generalmente, implica pérdida de control de nosotros mismos, sobre nuestro cuerpo, el movimiento y las actividades.”* (p.6)

▪ Preescolares (3-6 años):

Ven la enfermedad como un castigo. Les resulta incomprensible tanto la enfermedad como el tratamiento. No tienen el concepto de tiempo físico. Una de las recomendaciones para la medición del tiempo según Fernández (2010) es *“...utilizar algún referente que el niño ubique como fechas de cumpleaños, Navidad, vacaciones, etc”* (p.6). Por ejemplo, no entienden el concepto de “En dos horas vienen tus padres” pero si el de “Vienen después de comer”.

Les cuesta diferenciar la fantasía, de la realidad. Tienen miedo a estar solos, a sentirse abandonados, a la oscuridad, y a los procedimientos invasivos. No saben expresarlo con palabras, por lo que se puede observar en sus acciones (negativa a comer)

En torno a los 6 años, es muy característico el egocentrismo y el pensamiento mágico. (Freud, 1986). Se creen que la estancia en el hospital es por algo “malo” que han hecho y piensan que si obedecen a unas reglas pueden evitar estar enfermos.

- Escolares (6-12años):

Tienen mayor comprensión al proceso de enfermar. Pongamos un ejemplo que se escucha de manera habitual durante la práctica clínica; “Por gérmenes”. Manejan mejor la separación. Preguntan sobre su cuerpo y la enfermedad, aceptan bien las explicaciones. Sus principales factores de estrés son la pérdida de control relacionado con el funcionamiento corporal, el miedo a procedimientos invasivos y al dolor.

El niño debe participar en sus cuidados para garantizar la sensación de control ya que para ellos el logro de la independencia es muy importante, así como, participar en actividades para evitar el aburrimiento y el bajo rendimiento.

- Adolescentes (12-18 años):

Ya son capaces de entender la enfermedad como un proceso complejo y multifactorial. Tienen mayores mecanismos de adaptación, aunque tienen grandes miedos a perder el control (pérdida de la identidad), así como la separación de los amigos. Dan gran relevancia a los cambios en la imagen corporal, y en la planificación de sus proyectos de vida. La función de paciente fomenta la dependencia y la despersonalización. Suelen reaccionar al dolor con autocontrol.

Entienden la enfermedad como un proceso dinámico en el que pueden participar en los cuidados y en la toma de decisiones, así como, negociar en determinadas acciones, en la medida que no haya limitaciones.

Según Grau y Fernández (2010), las **reacciones familiares** ante la enfermedad del niño dependen de muchos factores, tales como, “*experiencias en situaciones de crisis y problemas médicos, estatus socio-económico, nivel de conocimientos, calidad de los servicios sanitarios y educativos y sistemas de apoyo*” (p.204). Todas las familias experimentan las fases de la enfermedad, aunque sus alteraciones o resoluciones sean diversas:

La primera fase que se produce ante el impacto de la enfermedad es la **desintegración**, que cursa con sentimientos de culpabilidad, cólera y pánico. La manera de manejar los

sentimientos y afrontar las nuevas demandas, dependerá también del comienzo de la enfermedad (agudo o gradual) y el curso (progresivo o constante).

Grau y Fernández, (2010), afirman que, en el caso de que el comienzo de la enfermedad sea agudo, y el curso progresivo, los mecanismos de adaptación y los tiempos de relajación serán mínimos. Por el contrario, si la enfermedad se inicia de manera gradual y el curso es constante, permitirá a la familia ajustarse a las demandas de la situación, encontrar más recursos y facilidades para una correcta adaptación. De esta manera, podrán llevar a cabo un proceso de asimilación, de asentamiento, así como momentos de respiro y de relevo en el cuidado.

Se observará en los familiares, alteraciones procesuales, ya que toda enfermedad origina una transición, un cambio por el cual, los padres deberán adaptarse a las necesidades que ésta implica. Las emociones que experimenten los familiares y la manera de afrontarlas condicionarán también la reacción del propio niño y la manera de enfrentarse ante la enfermedad. Grau y Fernández (2010) consideran que tanto la manera de adaptarse, como el modo de reaccionar, dependerán de la vulnerabilidad de cada uno, y de su grado de resiliencia.

Siguiendo con estos autores, la segunda fase, es la de **ajuste**, que conlleva una búsqueda de información por parte de los familiares, para asentar las emociones y amoldarse al curso de la enfermedad. Fundamentalmente se llevarán a cabo alteraciones estructurales dentro de la familia, para establecer quién será el cuidador primario, y en base a ello, cambiar los roles, su funcionamiento y organización. En muchas ocasiones, se produce una estrecha relación entre el niño y el cuidador principal, llegando incluso a una sobreprotección. En este caso, el resto de miembros se sienten excluidos en el cuidado, y más si se trata de los hermanos del niño enfermo, que comienzan a sentirse molestos o resentidos, dado que la atención hacia ellos ha disminuido y recriminan los favoritismos o privilegios de los que goza el hermano.

Por otro lado, dependiendo de la concordancia existente entre lo que determinen apropiado los profesionales sanitarios y lo concluido por parte de los familiares tras haber buscado información pertinente a cómo actuar ante la enfermedad, se creará un vínculo entre profesional-familia (confianza) o bien tensiones entre ambos (desconfianza). Grau y Fernández (2010) explican que *“Frecuentemente, los padres llegan a hacerse expertos de la enfermedad de su hijo y pueden llegar a competir con el*

profesional sanitario” (p.207). Además, según refieren Álvarez, Fortin y Bibeau, (2008), el respeto y las creencias hacia los actos profesionales están condicionados por aspectos demográficos y socio-culturales. *“El conocimiento de las normas y valores sociales y culturales de nuestros pacientes son esenciales en la construcción de la alianza terapéutica”* (p.238). Es fundamental brindar información clara, concisa y esperanzadora en todas las etapas de la enfermedad.

En esta segunda fase, la familia debe enfrentarse a la sociedad, dando explicaciones sobre lo que está sucediendo, dado al absentismo laboral, escolar... En algunas ocasiones, dada la gran implicación de tiempo y esfuerzo en el cuidado, las familias afectadas reducen los tiempos de ocio, los amigos... Pudiendo desembocar en un aislamiento social.

Por último, la tercera fase es la de **reintegración**, en la que se produce un asentamiento de la enfermedad y la familia asume la responsabilidad de manejarla. Llegados a este punto, cada familia ha utilizado estrategias diferentes para ir superando cada acontecimiento.

Después de todo lo mencionado anteriormente, podemos constatar, según citan Berenbaum y Hatcher, (1992), que, la hospitalización infantil no es sólo estresante para el niño, ya que los progenitores experimentan mayores niveles de estrés, sumado a sensación de angustia y malestar. Por esta razón, las medidas preventivas para minimizar el estrés ante la hospitalización no sólo deben dirigirse al niño, sino que también, hacia los padres y otras personas allegadas a él. De lo contrario, Méndez et al., (1996) consideran que, los familiares en lugar de desempeñar la figura de apoyo necesaria para el paciente pediátrico, influirán de manera negativa en la experiencia hospitalaria, incrementando el estrés infantil y complicando el problema.

1.4. Procesos de afrontamiento

Peña y Nieto (2012), relatan que, las consecuencias negativas del estrés están reguladas por un proceso de afrontamiento. Según lo recopilado por diversos autores, Peña y Nieto (2012), Ortigosa et al (2000), Méndez et al (1996), consideran “afrontamiento” como un proceso cambiante por el cual, el individuo pone en marcha herramientas para resolver situaciones difíciles, de manera que no desencadenen ninguna alteración psicofisiológica negativa. Lidian con aquellas amenazas, para encontrar un equilibrio

emocional. Peña y Nieto (2012) mencionan que *“Los recursos de afrontamiento, en tanto que capacidades adaptativas, son, por tanto, eficaces frente al estrés reduciendo la posibilidad de enfermedad o bien incrementando la probabilidad de alcanzar y mantener mayores niveles de salud”*. (p.13)

Es imprescindible, conocer los diferentes estilos de afrontamiento que pueden llegar a experimentar tanto los familiares como los niños para enfrentarse a las demandas de la vida (Frydenberg y Lewis, 1996):

- Centrado en el problema; Consiste en resolver la situación acorde a estrategias diferentes, entre las que se encuentran; buscar apoyo social, esfuerzo, fijarse en lo positivo y distracción física. Caracterizado por una adaptación socio-emocional.
- Estilo improductivo: Reflejan una combinación de estrategias de evitación o negación, entre las que se encuentran; autoinculparse, reservarlo para sí y la preocupación. Representa una inadaptación socioemocional y escolar.
- En relación con los demás: Contiene estrategias que dependen de otros para conseguir adaptación: hacer amigos íntimos y buscar pertenencia.

Según citan Peña y Nieto (2012) en su artículo, Zeidner y Saklofske (1996) diferencian dos tipos de recursos de afrontamiento que interactúan entre sí: *“Estos recursos engloban dos dimensiones complementarias de la persona, como son la interna, ligada a variables como, herencia, edad y sexo, y la externa, asociada a acciones relacionadas con el entorno sociocultural propiciador de un determinado estilo de vida”* (p.12).

Gracias a un enfoque holístico y multidimensional, comprendiendo que cada familia es una unidad diferenciada, los profesionales debemos actuar y llevar a cabo intervenciones precisas acorde a los objetivos y necesidades de cada una de ellas. Uno de los modelos teóricos que propicia la atención del binomio niño-familia es el denominado “Modelo de Cuidados centrado en la familia” (MCCF), descrito por Shelton, Jeppson & Jonson, (1987). Con él, se conservan e incrementan los lazos familiares, y se reconoce la labor intrínseca de la familia en el cuidado del niño enfermo, favoreciendo su participación y colaboración activa. Fuster (2016) describe que con este modelo *“... la familia es reconocida como una constante en la vida del niño, mientras que los servicios, sistemas y personal sanitarios, fluctúan”* (p.29).

Hoy en día, con este modelo, se permite dejar atrás la concepción de ubicar como único foco de atención al propio paciente, englobando a la familia, promocionando la expresión de preocupaciones y emociones, así como el establecimiento de prioridades en sus valores y necesidades. Como consecuencia a la permanencia de la familia junto al niño durante su internamiento, se facilita la comunicación hacia los profesionales y se potencia la confianza, fortaleciendo así, la unidad familiar. (Hockenberry y Wilson, 2011)

Diversos son los beneficios identificados tras la aplicación del MCCF, que se describen a continuación:

Tabla 2: Beneficios del Modelo de Cuidados Centrados en la Familia

<ul style="list-style-type: none">○ Mejora la comunicación entre padres y profesionales○ Disminuye el estrés familiar○ Mejora la confianza y competencia en el cuidado del niño○ Aumento de la comprensión de las fortalezas y capacidades para el cuidado de las familias○ Refuerzo de la relación con la familia promoviendo la salud y el desarrollo de cada niño○ Satisfacción con el cuidado dado y recibido○ Promoción de un ambiente de trabajo que mejora la satisfacción como profesional.

Fuente: Tomado de Fuster (2016)

De esta manera, se consigue disminuir los niveles de estrés, logrando una mejor adaptación y afrontamiento a la hospitalización infantil.

Además, dado a los cambios, según destaca López-Naranjo (2011), que se han producido en la sociedad actual, como son, la incorporación de la mujer en el mundo laboral y el aumento de esperanza de vida, los abuelos van cobrando especial protagonismo en el cuidado para atender a los nietos durante el período de enfermedad y así, suponer un relevo del cuidador principal.

Para finalizar con este apartado, el presente trabajo se fundamenta en base a dos modelos teóricos:

El primero de ellos, es el “Modelo de Adaptación de Callista Roy” en el que destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo, sin fragmentar lo fisiológico de lo psico-social, para conocer no sólo su estado de salud, sino también la percepción que tiene el individuo acerca del proceso que está experimentando, cómo lo está afrontando y cuáles son sus expectativas para promover la adaptación. Tiene en cuenta que la persona está inmersa en un ambiente constituido por sus valores, creencias vivencias, relaciones, entre otros, los cuales, condicionan la manera en la que el individuo se enfrenta a los estímulos del medio. (Díaz de Flores et al., 2002).

El segundo modelo, es el descrito por Hildegard Peplau con su “Teoría de las Relaciones Interpersonales”. Ésta enfoca el cuidado enfermero en el establecimiento y mantenimiento de una buena relación Enfermera-Paciente. Tal y como recogen Marriner y Railer (2008) en su libro “Modelos y teorías de Enfermería”, la profesora y enfermera Peplau “...puso de relieve la importancia de la capacidad de la enfermera para comprender su propio comportamiento para ayudar a los demás a identificar las dificultades percibidas.” (p.54). Para ello, la herramienta indispensable es la **comunicación**, ya que, a través de ella, se va a concertar la unión entre profesional y paciente, dónde la enfermera conocerá las necesidades propias de cada individuo y aplicará los cuidados acordes a las demandas referidas. (Ballon, Escalante, y H, M.M, 2016)

Tras la lectura de Marriner y Railer (2008), Ballon et al., (2016) y Diaz de Flores et al., (2002), tanto H. Peplau como C. Roy, tienen sentido humanitario, considerando al sujeto del cuidado un ser biopsicosocial. Ya desde inicios de la profesión, F. Nightingale proponía la importancia de la comunicación. Fue más adelante, cuando Roy y Peplau, consideran la Enfermería como una relación de ayuda necesaria para lograr una atención exitosa y de calidad.

1.5. Justificación

Con esta revisión, se pretende visibilizar el gran impacto o repercusión que genera el internamiento del paciente pediátrico.

La hospitalización infantil según Ortigosa y Méndez (2000), no se reduce simplemente al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino que se deben llevar a cabo

intervenciones asistenciales de calidad, para garantizar un completo crecimiento a nivel biológico, psicológico y social.

Al tratarse de niños, López-Naranjo (2011), afirma que, existe una mayor vulnerabilidad para presentar complejas manifestaciones psicológicas y conductuales. Cuando un ingreso hospitalario irrumpe en la vida de un niño, debemos impedir que el niño y su familia cambien drásticamente sus rutinas habituales, y no lleguen a paralizarse por completo las necesidades propias del desarrollo evolutivo en el que se encuentran.

Dado al papel fundamental que desempeña la familia en el cuidado del paciente pediátrico, se debe favorecer la implicación progresiva de ésta en los cuidados del niño hospitalizado. Para ello, Foster, Whitehead y Maybe, (2010), consideran necesario promocionar una comunicación terapéutica, fluida y de calidad entre profesional-familia, consiguiendo su colaboración en la planificación de cuidados y toma de decisiones.

En los últimos años, tras las modificaciones de los conceptos de “salud” y “enfermedad”, en los que se engloban no sólo aspectos médicos objetivos, sino que también abarcan aspectos psicológicos, personales y sociales, ha permitido comprender según afirman Grau y Fernández, (2010) cuál es el sentido que cada familia otorga a la vida, antes y después de la enfermedad, y qué estrategias han empleado para superar los problemas.

Según Cyrulnik (2002), la **resiliencia** equivale a “*resistencia al sufrimiento*” (p.23). Comprende un conjunto de procesos sociales y personales que posibilitan el desarrollo de habilidades para alcanzar un bienestar físico y psicológico, superando así las adversidades. Para Aparecida et al., (2009) es la capacidad para desenvolverse, buscar recursos para afrontar los problemas y continuar con los procesos vitales aún a pesar de los acontecimientos desestabilizadores. Parafraseando a Grau y Fernández, (2010) una familia con resiliencia, reconoce los problemas y limitaciones, los expresa abiertamente, y está capacitada para movilizar y analizar los recursos pertinentes, buscando así sistemas de apoyo, reorganizando estrategias de afrontamiento y manteniendo las situaciones bajo control. De lo contrario, familias sin resistencia al sufrimiento, son más vulnerables, incapaces de movilizar los recursos necesarios para afrontar las situaciones que consideran inabarcables. Por consiguiente, Méndez et al., (1996) resaltan que, en vez de desempeñar el papel de figuras de apoyo para el niño, los familiares constituyen

un incremento del estrés al proceso de enfermar, suponiendo un afrontamiento inadecuado a la experiencia hospitalaria para el niño.

Por todo ello, es indispensable que los profesionales sanitarios conozcan cómo afecta la enfermedad en el niño y su entorno, con el objetivo de individualizar la asistencia, cubriendo las necesidades y preocupaciones de manera integral. En el contexto de la atención pediátrica, dada la gran repercusión e impacto que supone el internamiento del niño, se considera esencial promocionar diferentes estrategias que resultan beneficiosas para mejorar el afrontamiento al proceso de enfermar.

1.6. Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo principal revisar la literatura para conocer las posibles estrategias asistenciales que pueden llevar a cabo los profesionales enfermeros para contribuir a un mejor afrontamiento y resiliencia ante el proceso de hospitalización del paciente pediátrico.

Como objetivos secundarios, se pretende:

- Conocer las actividades que faciliten el bienestar tanto del niño como de su familia durante la hospitalización.
- Tratar las intervenciones que proporcionen durante el ingreso una mejor adhesión al tratamiento.
- Identificar las reacciones (tanto del niño como de la familia) ante el proceso de enfermar.
- Describir el papel fundamental que desempeña la familia en el cuidado

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. DISEÑO

Para realizar el presente trabajo que, tiene por objetivo, realizar una revisión bibliografía de las posibles estrategias asistenciales que pueden llevar a cabo los profesionales enfermeros, para así, mejorar la resiliencia ante el proceso de hospitalización infantil, se utilizaron una serie de bases de datos, a través de los cuales se recopilaron los artículos deseados.

2.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Considerando que el tema tratado se puede incluir dentro del campo de diversas disciplinas, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos mediante la consulta de las siguientes bases de datos: CUIDEN, Psycodoc, SciELO, PubMed y PsycINFO (Ebsco). Para la búsqueda en la Web, se ha recurrido a la información aportada por diferentes organizaciones de la salud, tales como UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) y la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Para poder llevar a cabo cada una de las estrategias de búsqueda, se ha utilizado lenguaje controlado mediante el empleo de palabras clave disponibles en términos (MeSH) Medical Subject Headings y (DeSC) Descriptores en Ciencias de la Salud (DeSC), y la posterior traducción al inglés de los mismos. Todos ellos unidos junto con el operador booleano AND que ha permitido la relación de los mismos.

Se buscaron los siguientes términos: Play therapy (MeSH)/ Ludoterapia (DeSC), Pediatric hospital (MeSH)/ Hospital pediátrico (DeSC), Stress management (MeSH)/ Manejo del estrés (DeSC), Hospitalized Child (MeSH)/ Niño hospitalizado (DeSC), Music(MeSH)/ Música (DeSC), Clowns (MeSH)/ Payasos (DeSC).

Además, en aquellas bases, como SciELO y Psycodoc, que no permitían la búsqueda por términos MeSH o DeCS, se utilizó lenguaje libre como “Hospitalización infantil”, “Juego y Hospital” “*Hospital resilience*” “*Family and pediatric illness*”, entre otros, con el objetivo de ampliar la información necesaria para la presente revisión.

La búsqueda bibliográfica se realizó entre los meses de Diciembre del 2017 y Marzo del 2018. Los límites aplicados con la finalidad de conseguir una búsqueda más delimitada, han sido la acotación temporal de los últimos 10 años (2007-2017/18), artículos

relacionados con la edad pediátrica y aquellos textos que estuvieran escritos en castellano, inglés y portugués indistintamente.

2.3. CITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Tras utilizar los términos de búsqueda mencionados en la Tabla 3, en las respectivas bases de datos, los artículos encontrados fueron incluidos o rechazados en base al título, resumen y su lectura a texto completo, garantizándose que se incluían los criterios de inclusión establecidos.

En la selección de artículos se recogieron aquellos, cuya temática principal fuera la hospitalización infantil y las estrategias empleadas para un mejor afrontamiento, así como aquellos artículos que hicieran referencia al papel que desempeña la familia en el cuidado infantil.

Se seleccionaron todos aquellos artículos indistintamente del país en el que se realizó el estudio, publicados entre el 2007 hasta el 2018, relacionados con la edad pediátrica, cualquier tipo de muestra, tanto niños hospitalizados, padres con hijos enfermos, como profesionales del sistema sanitario. Además, se incluyeron tanto estudios cuantitativos como cualitativos, artículos y revisiones bibliográficas.

Se utilizaron como criterios de exclusión todos aquellos artículos que traten sobre los pacientes hospitalizados de edad adulta y anciana, así como los artículos relacionados exclusivamente con el ámbito de la neonatología. Asimismo, se retiran los artículos de los que no se dispone un acceso a la totalidad de su contenido, así como los que no mencionan al profesional sanitario ni a la familia en su conjunto.

2.4. BÚSQUEDA REALIZADA

Una vez llevada a cabo la búsqueda bibliográfica al completo, se obtienen un amplio registro de resultados, seleccionándose concretamente 23 artículos. Además, se han consultado libros disponibles en la Universidad Autónoma de Madrid, en las divisiones de Enfermería y Psicología. El conjunto de toda la información recopilada y leída basándose en los criterios de inclusión y exclusión, ha permitido la elaboración del presente trabajo.

A continuación, se expone la tabla 3, en la que se reflejan cada una de las estrategias de búsqueda en sus respectivas bases de datos y el número total de resultados finalmente seleccionados:

Tabla 3: Búsquedas y resultados.

Bases de datos	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados seleccionados	Referencias Bibliográficas
CUIDEN	(cla= Juegos) AND (cla= Niño hospitalizado)		38	4	-Aparecida R, Farias E, Castanheira L, Melo Rocha S.M. (2009). -Mara Dolce Lemos L, Pereira W.J, Santos J, da Silva A. (2009). -Marqués E.P, Bruneto T.M, Anders J.C, Homem da luz J, Kuerten P, de Souza S. (2016). - Quintana A.M, Pereira D.M, Rubin Rossato C, dos Santos M.S. (2007)
	(cla=Payasos) AND (cla= Niño hospitalizado)		2	1	Azevedo D, Da Silva J, Justino M.A, Nunes de Miranda F, Simpson C. (2007)
	Cuento AND niño hospitalizado		5	1	Rodrigues Gesteira EC, Dias Ec, Pinto P, Rodrigues MB, Silva Oliveira J.
	(cla=Música) AND (cla= Niño Hospitalizado)		4	1	Tondatti P & Correa I. (2012).
	Hospital	Año:10últimos años	29	1	Dos Santos RA, Nunes. MC (2014)

Bases de datos	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados seleccionados	Referencias Bibliográficas
SciELO	Resilience (Lenguaje Libre)	Inglés, Español y Portugués			
	Children coping AND hospital (Lenguaje Libre)	Año:10últimos años Inglés, Español y Portugués	46	1	Alfaro A, Murga L. (2016)
	Family AND pediatric illness (Lenguaje Libre)	Año:10últimos años Inglés, Español y Portugués	4	1	Grau C. y Fernández, M. (2010).
	Responses to child hospitalization (Lenguaje Libre)	Año:10últimos años Inglés, Español y Portugués	3	1	- Brunoro. A; Benzaquen.G; Barros, L; Ambrósio. K; da Silva A.N; Esgalha. L; Hostert, Coimbra da Costa. P ; Rosalém. F. (2015).
	Teaching coping strategies (Lenguaje libre)	Año:10últimos años Inglés, Español y Portugués	20	1	Espada, M.C, Grau C, Fortes M.C. (2010).
PubMed	Play therapy(MH) AND Hospital (MH)	Año:10últimos años Edad:hasta 17años. Texto completo. Inglés, Español y Portugués	7	3	- Caleffi CC, Rocha PK, Anders JC, Souza AI, Burciaga VB, Serapião Lda S. (2016) - Da Silva LF, Cabral IE. (2015) - Rindstedt C. (2014)
Psicodoc	Hospitalización infantil (Lenguaje libre)		92	1	Hernández E y Rabaldán J.A. (2014)
	Juego y Hospital (Lenguaje libre)		38	5	- Azevêdo, dos Santos A.V. (2011). - Broering, C; Souza, Duarte C; Kaszubowski, Erikson;

Bases de datos	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados seleccionados	Referencias Bibliográficas
					<p>Crepaldi, Aparecida M. (2018).</p> <p>- Fontes, Mendes C; Mondini, da Silva C.C; Moraes, Almendros M.C; Bachega, M.C; Maximino, Patrisi N. (2010).</p> <p>-Oliveira, Sâmela Soraya Gomes de; Dias, María da Graça Bompastor Borges; Roazzib A. (2003)</p> <p>- Pinheiro da Silva, M.F. (2003).</p>
PsycINFO	Pediatric hospital AND stress management	Año:10últimos años Edad: hasta 17años. Inglés, Español y Portugués	13	1	Rosenberg, R.; Yi-Frazier, Joyce P.; Wharton, Claire; Gordon, K; Jones, B (2014)
	Pediatric hospital AND preparation	Año:10últimos años Edad: hasta 17años. Acceso abierto. Inglés, Español y Portugués	3	1	Nascimento F y Luiz , A. (2007)

Fuente: Elaboración propia

3. RESULTADOS

Tras las búsquedas bibliográficas, se han seleccionado 23 artículos (recogidos en la Tabla 5) que han permitido agrupar los distintos resultados en dos secciones: Resiliencia familiar y Resiliencia infantil. En cada una de ellas, se plasman numerosas estrategias que resultan beneficiosas para mejorar el afrontamiento del enfermar infantil y lo que supone éste en su entorno.

3.1. Resiliencia Infantil:

En los estudios consultados, el elemento común a todos los mecanismos de afrontamiento para los niños enfermos está basado en la distracción, relacionándolo directamente con cambios favorables en el estado de ánimo.

Esta sección, a su vez, será dividida según los tipos de distracción sugeridos por O'Connor, Schaefer & Braverman, (2017): Distracción de tipo interactiva o social, la cual implica el uso de recursos cognitivos (atención selectiva y funcionamiento ejecutivo) que permiten mantener distraído al cerebro de acuerdo con el nivel de desarrollo. Distracción pasiva, la cual, mantiene al niño tranquilo y calmado, resultando muy gratificante para aquellos niños que, por su condición física, los movimientos sean limitados.

3.1.1. *Distracción interactiva*

Dentro de la distracción interactiva se ha establecido como tema principal la actividad lúdica, que engloba todo aquello relativo al juego. Se incluyen también, aspectos como, el diseño (pinturas), y la “clownterapia”.

La infancia es una etapa de la vida en la que los niños tienen como principal ocupación el **juego**, necesario para el propio desarrollo evolutivo. Por tanto, el internamiento según Fontes, et al., (2010), no debe suponer la interrupción drástica de las actividades lúdicas, ya que, el juego, es considerado una de las estrategias indispensables para ayudar al niño a un mejor enfrentamiento ante la experiencia hospitalaria. A medida que se incorporan actividades lúdicas, Azevêdo dos Santos (2011) afirma que, la calidad del tratamiento y la satisfacción del niño, van en aumento, posibilitando de la misma forma, la distracción de sensaciones dolorosas y reduciendo la impresión del tiempo que permanecen en el hospital. En este sentido, para Mara Dolce Lemos et al., (2009), el

juego, pasa a ser visto como un espacio terapéutico capaz de promover no sólo la continuidad del desarrollo infantil, sino que también, gracias a la intervención lúdica, se facilita el proceso de comunicación y reconstrucción de la propia individualidad del niño que se ha visto mermada por el proceso de hospitalización.

Da Silva y Cabral, (2015) destacan que el juego, es una herramienta valiosa para el equipo de enfermería, ya que, a través de éste, el pequeño paciente puede expresar sus sentimientos, revelando sus necesidades, y favoreciendo de esta manera, la convivencia armoniosa con los profesionales de la salud. Por tanto, las enfermeras según citan Fontes et al., (2010) deben desarrollar competencias para convertirse en un elemento facilitador del juego, y así, promocionar la atención promotora del desarrollo del niño, ya que, durante la hospitalización, los niños disponen de recursos limitados para enfrentarse a las situaciones desconocidas y procedimientos dolorosos. Es, por tanto, una labor esencial para el equipo de salud crear condiciones adecuadas para un espacio lúdico, dónde el niño utilice su imaginación y creatividad, entendiendo de forma menos sufrida, el proceso de enfermar.

El ambiente debe prepararse con juguetes. Fontes et al., (2010) describen dos tipos de juguetes; el normativo, que engloba aquellas actividades llevadas a cabo de forma espontánea y libre por el pequeño, donde priman la diversión y el movimiento. En segundo lugar, el juguete terapéutico, el cual, necesita un profesional para dirigir al niño. Utilizan como juguetes, materiales hospitalarios para favorecer la identificación y familiarización de los objetos, disminuyendo de esta forma, la sensación de extrañamiento y temor. Los autores de este estudio, analizaron el comportamiento de los niños al vestirles con ropa de los profesionales de salud (guantes, mascarillas, vestuario...) y justifican que las actividades expresivas, trasladan a los niños a un mundo mágico y lleno de imaginación, en el que pueden crear sus personajes y exteriorizar sus emociones.

En el estudio de Brunoro et al., (2015), se confirma la variabilidad de estrategias que los niños utilizan, según su edad y etapa de desarrollo, para enfrentarse a los factores estresantes, relacionados con la enfermedad. Además, resulta favorable la libre elección de la actividad lúdica (en función de sus posibilidades), para hacerle olvidar que está sometido a la normativa de la institución, devolviéndole de esta manera, parte de la autonomía de la que antes gozaba.

La investigación realizada por Caleffi, et al., (2016) evidencia que, cuando el niño tiene la oportunidad de jugar, los aspectos de dolor, miedo llanto y soledad, son reducidos, por lo que la hospitalización se vuelve menos traumática. Además, se observa que los niños presentan interés en manipular los materiales hospitalarios, aclarando dudas y curiosidades, favoreciendo de esta forma, la comunicación y confianza entre profesional-paciente. Asimismo, gracias a la previa representación del procedimiento con el juguete, el niño se transforma de sujeto pasivo a activo, comprendiendo la necesidad o el porqué de los procedimientos.

En el estudio llevado a cabo por Oliveira et al., (2003), los autores critican que, por el hecho de que el equipo hospitalario requiera niños con comportamientos tranquilos y obedientes (para una mejor manipulación a la hora de los procedimientos y adhesión al tratamiento), no se debe impedir que el niño participe en estrategias lúdicas, ya que, el juguete en el ámbito hospitalario, asume la función de instrumento potencial para el proceso de recuperación. Lógicamente, es necesario más de una sesión lúdica para movilizar el camino hacia los avances predeterminados.

La técnica de **diseño** utilizada como actividad lúdica, fue llevada a cabo por Quintana, Pereira, Rubin, dos Santos, (2007) en su estudio, en el cual, a través de dibujos, los niños reflejan la percepción y sensibilidad situacional, permitiendo una aproximación de lo que los niños entienden por enfermedad, y su significación a la experiencia hospitalaria. *“A medida que el niño dibuja, es estimulado a contar una historia y dar nombre a lo que está sucediendo”* (p.417). En este estudio, los dibujos permiten evidenciar que el hospital es entendido como un lugar, donde se realizan procedimientos dolorosos, del mismo modo que, se proyectan ideas donde los profesionales ayudan a los niños a sentirse bien, y donde pueden jugar.

Para Aparecida et al., (2009), otro de los recursos terapéuticos que contribuyen a la resiliencia infantil, es la utilización del teatro “**Clown**”. Este concepto, proviene del inglés y significa “Payaso”, de tal forma que, se utiliza el arte del teatro con payasos, en el cuidado del niño hospitalizado. Este tipo de intervención abre espacio para la fantasía, risa e imaginación. En el contexto hospitalario, la **sonrisa** del niño es un aspecto clave para garantizar el bienestar infantil. El arte a través del teatro permite trasladar al niño en un mundo lleno de magia, transformando los miedos y dificultades propios de la hospitalización, en humor y optimismo. En el estudio de Azevedo, et al.,

(2007) se recoge que, los payasos, ofrecen una participación más activa y divertida para los pacientes pediátricos, reduciendo al mismo tiempo la tensión causada por la situación hospitalaria. Además, los payasos a través de sus actuaciones pueden enseñar la importancia de una buena adhesión al tratamiento. En el estudio de Rindstedt (2014), se observa cómo los payasos toman como ejemplo una piruleta asimilándola a un medicamento. Prescribieron que éste dulce, deben tomarlo cada cierto tiempo. De esta manera, en la siguiente visita, les preguntarán si siguieron su prescripción. Gracias a este tipo de intervención, se produce de alguna manera una inversión de roles, en la que el payaso actúa de manera sumisa y bromista, empoderando al niño con una serie de funciones dominantes, para que se sienta fuerte e inteligente, devolviéndole parte de la autonomía que ha perdido al ingresar en el hospital. Otra característica que está presente en esta interacción, es que el niño se convierte en el centro de atención. Este tipo de estrategia transforma la hospitalización en una experiencia entretenida y divertida. Además, los resultados analizados en el estudio de Aparecida et al., (2009), se muestra, cómo los niños que estaban letárgicos se volvieron más activos, los tranquilos se volvieron más comunicativos, y comienzan a aceptar mejor la medicación, empiezan a tolerar mejor la comida, así como los procedimientos médicos y la hospitalización en sí misma.

3.1.2. Distracción pasiva

Del mismo modo, dentro de la distracción de tipo pasiva, se han establecido como temas principales, la participación en aulas hospitalarias (el cuento), la “musicoterapia” y recursos audiovisuales (proyecciones, películas).

Durante la infancia, la aparición brusca de la enfermedad genera una ruptura de las actividades cotidianas de las que estaba gozando el niño. Tanto es así, según afirman Hernández y Rabaldán (2014) que en la LOE (2006), se describen las necesidades educativas y modalidades de escolarización, durante estancias prolongadas del niño en el hospital. Quedan reflejadas en el Decreto 359/200 del 30 de Octubre, respondiendo a la diversidad del alumnado. En el artículo de estos autores (Hernández y Rabaldán, 2014) se recurre a la literatura infantil (el **cuento**), como instrumento terapéutico. “*Abrir un cuento y comenzar a soñar*” (p139). El cuento, es entendido como un medio de evasión, donde los niños se identifican con personajes ficticios para comprender la realidad a la que se enfrentan.

En el estudio de Rodrigues Gesteira et al., (2014) consideran que la narración, proporciona un ambiente tranquilo y de bienestar para el niño. A medida que el tiempo transcurre y las historias suceden, se puede apreciar cambios en el estado de ánimo de los niños, así como en sus posturas faciales y corporales. Actualmente, el uso de la literatura como herramienta terapéutica, se denomina biblioterapia. Gracias a los beneficios que aporta este tipo de terapia, Hernández et al., (2014) aconseja su uso en cualquier momento evolutivo, incluso si el paciente pediátrico se encuentra en la etapa pre-alfabética, utilizando en este caso, libros con imágenes y mucho color. Desde el inicio de los dos años de edad, influye de manera significativa la función simbólica de los libros, y es a partir de los tres años, dado al desarrollo del lenguaje, cuando es posible una comunicación de calidad. Así pues, Rodrigues Gesteira et al., (2014) señalan que, tras la incorporación de este tipo de actividad, el paciente pediátrico afronta de manera positiva los problemas psicológicos, derivados de la hospitalización.

Otra de las distracciones pasivas de las que puede gozar el niño en el hospital, es de la “**musicoterapia**”. La musicoterapia, parafraseando a Tondatti & Correa (2012), es aquella terapia que aprovecha el potencial de relajación que produce la música, para promover mejoras en el individuo. En su estudio, se ha evidenciado que consigue la reducción del estrés y de la ansiedad, mejora las constantes hemodinámicas del individuo, minimiza la sensación de dolor y funciona como un elemento promotor del entretenimiento. Gracias a la capacidad de transmitir sentimientos agradables, también provoca mejorías, según varios autores, Tondatti & Correa (2012) y Rodrigues Gesteira et al., (2014) en la comunicación existente entre los padres del paciente pediátrico y los profesionales de salud, fortaleciendo el vínculo de confianza entre ambos. En función de las patologías y de las condiciones físicas de los niños de la unidad, también pueden llevarse a cabo talleres grupales, donde cada individuo escoja un instrumento y aprendan a manejarlo, así como bailar y jugar al ritmo de la música. En el estudio de Aparecida et al., (2009), se observa que, en el caso de que el niño tenga algún tipo de limitación física que impida la participación del niño en la actividad grupal, los compañeros se esfuerzan por incluirles respetando dichas limitaciones.

Hoy en día, otros de los aspectos que resultan muy atractivos gracias al avance de las tecnologías, son los **recursos audiovisuales**, desde material en transparencias de proyección, hasta películas. Nascimento y Luiz (2007) afirman que es un medio rápido y estandarizado para proporcionar información, reduciendo el tiempo de preparación y

maximizando el beneficio de los pacientes, tanto en niños como en adolescentes. En la investigación que llevan a cabo Volpato et al., (2018), se corrobora que, el grupo experimental que utiliza el vídeo como fuente de información, es el que consigue una mayor precisión en la comprensión de sus individuos, así como en la disminución de ansiedad y estrés. En éste estudio el personaje central del vídeo era un niño, lo que pudo haber influenciado que los participantes del sexo masculino se sintieran más identificados con el personaje, presentando más comportamientos de imitación que las niñas, por su condición de género.

Finalmente, en el estudio de Nascimento y Luiz, (2007) se concluye que el videojuego en un método efectivo que provee alivio de la ansiedad por la absorción cognitiva y motora del niño mientras participa activamente en el juego.

3.2. Resiliencia Familiar

En la cultura occidental, Nascimento et al., (2007) señalan que el niño, es percibido como un individuo ingenuo y frágil, con mucho camino por recorrer, lleno de oportunidades que alcanzar, y longevidad que conseguir, y es por eso, que al producirse la internación infantil, las respuestas de los adultos en primera estancia, son sentimientos de culpa y no aceptación de la situación.

En el estudio de Quintana, Pereira, Rubin, y dos Santos (2007) se muestra cómo de importante es la actitud emocional que desempeñan los padres en el cuidado de su niño hospitalizado. Caleffi et al., (2016), consideran que, el bienestar de uno está directamente relacionado con el otro, siendo necesaria la orientación e implicación plena de la familia en este proceso. En este sentido, señala la relevancia que tiene el equipo de salud en ayudar a los padres a adecuarse a las necesidades de su hijo. Por ello, es fundamental para Grau et al., (2010) respetar la singularidad de cada familia, basarse en sus prioridades y tener una comprensión multidimensional, fortaleciendo de esta manera, sus habilidades de afrontamiento y resiliencia.

Durante las sesiones realizadas en el estudio de Caleffi et al., (2016), se observa que, la madre es la persona que aparece con mayor frecuencia como cuidadora primaria del niño al permanecer más horas junto a él. En este estudio, se evidencia, lo importante que

la madre es para el niño, ya que a través de ella se sienten seguros y protegidos en situaciones adversas. Parafraseando a Pinheiro da Silva (2003), la provisión de una base segura por parte de la madre, influirá en el comportamiento a posteriori del niño.

Grau et al., (2010), señalan que la familia es la que se encarga de las responsabilidades que supone el manejo diario del enfermo pediátrico, y la que mejor conoce el impacto que puede llegar a provocar la enfermedad en su entorno. Por tanto, desde este punto de vista, los profesionales sanitarios deben fortalecer las habilidades familiares para mejorar su afrontamiento.

Los factores que determinan la capacidad de resiliencia familiar, según la revisión establecida por Grau et al., (2010) se describen en la siguiente tabla:

Tabla 4: Factores que determinan la capacidad de resiliencia familiar.

Desarrollo individual	Desarrollo interpersonal	Estratégicos	De visión
<p>Capacidad de desarrollar en cada miembro:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Su identidad de rol -Flexibilidad perceptual y conductual -Autoestima y confianza -Competencia -capacidad de distanciarse de mensajes negativos 	<p>Capacidad para desarrollar la empatía</p> <ul style="list-style-type: none"> -El apoyo mutuo -La comunicación -El sentido del humor -Introspección individual y grupal 	<p>Capacidad de fijar metas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaborar estrategias -Reflexionar -Resolver conflictos -Pedir apoyos y recursos -Evaluar resultados 	<p>Capacidad para desarrollar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Valores, propósitos y expectativas -Optimismo y fe

Fuente: Tomado de Grau et al., (2010)

En el estudio de Rosenberg et al., (2014), se describen diferentes definiciones de resiliencia en función de las capacidades de cada familia para manejar la adversidad. Cinco son los temas que contribuyen a predominar o inhibir la resiliencia: El manejo del estrés, la fijación de metas y objetivos que se propone la familia, la gratitud o el significado que cada una aporta a la experiencia de enfermar, el optimismo y el apoyo recibido. Como resultado de estos cinco temas, se observa en primer lugar, la necesidad de los familiares para manejar el estrés, y en base a ello, una de las terapias efectivas y experimentadas, fue la llamada “**mindfulness**” o conciencia plena. Está basada en la meditación y concentración de la atención, tomando conciencia del momento presente, sin dar pie a la rumiación de sentimientos.

Continuando con estos autores, (Rosenberg et al., 2014), consideran que el **optimismo** es la clave para ser resiliente. “*Aprender a encontrar aspectos positivos en los negativos*” (p.190, traducido). Por último, también subrayan la importancia de un buen sistema de soporte social. Sin embargo, el hecho de estar rodeado por otras personas, en algunas ocasiones, resulta una barrera ante la resiliencia, ya que los familiares o sus hijos, consideran que son tratados de manera diferente por el hecho de estar enfermos.

Tomando todos estos aspectos en su conjunto, se puede considerar que trabajando y fortaleciendo las habilidades de afrontamiento familiar, se encamina hacia un equilibrio emocional de no sufrimiento, y desarrollando, por tanto, capacidades para ser resiliente. A partir de los resultados obtenidos en el estudio de Alfaro y Murga (2016), se aprecia una correlación directa y positiva, entre las variables de afrontamiento y **autoeficacia emocional** familiar.

Finalmente, todos los resultados mencionados anteriormente, pueden ser potenciados y aprovechados por el equipo de salud para cubrir las necesidades de cada individuo-familia y alcanzar así, los objetivos propuestos en esta revisión narrativa.

4. DISCUSIÓN

De los trabajos revisados, hay un grado de acuerdo entre los autores (Azevedo et al., (2007), Rodrigues Gesteira et al., (2014) Grau et al., (2010) Caleffi et al., (2016) Fontes et al., (2010), los cuales, señalan que la hospitalización del niño no debe dirigirse únicamente a la enfermedad física, sino que también, se deben englobar aspectos psicosociales, tanto del individuo como de su familia. Por tanto, la humanización, es un proceso esencial a la hora de prestar cuidados al paciente pediátrico, creando espacios para desarrollar actividades lúdicas, que proporcionen un ambiente favorable para enfrentarse a la enfermedad.

Es indispensable que los hospitales consideren la importancia de las intervenciones psicológicas, ya que, contribuyen a minimizar los factores de estrés y ansiedad. En los estudios de Volpato et al., (2018) y Nascimento y al Luiz., (2007), señalan los beneficios que aportan los programas de preparación para la internación. Proponen, por tanto, la necesidad de disponer de los recursos físicos pertinentes, así como, de un personal sanitario competente, para mejorar la calidad asistencial. Sin embargo, tal y como reflejan Volpato et al., (2018), en muchas ocasiones, a pesar de la existencia de materiales terapéuticos vinculados a la preparación del niño, son utilizados de manera incorrecta por diferentes profesionales, y es entonces necesaria la intervención del psicólogo para la presentación de dudas y aclaraciones.

En el estudio de Marqués, et al., (2016), los propios profesionales, reconocen que el “cuidar jugando”, se convierte en un instrumento auxiliar en el proceso de hospitalización, modificando las rutinas hospitalarias en más atractivas, fortaleciendo la satisfacción del profesional y haciendo que el ambiente de trabajo sea más agradable. Sin embargo, hay barreras que dificultan el cuidar jugando, ya que, en lo que a la enfermería se refiere, la falta de tiempo siempre ha sido un problema, para los diferentes escenarios de la práctica que el juego conlleva. Diversos autores Marqués et al., (2016) Rodrigues Gesteira et al., (2014) y Rindstedt et al., (2014) critican la falta de tiempo, asociada a la falta de capacitación para llevar a cabo estrategias lúdicas asistenciales, así como, escaso personal de enfermería para llevarlas a cabo. Se debe tener en cuenta que, en situaciones de emergencia, es complicado llevar a cabo este tipo de estrategias asistenciales anteriormente mencionadas, ya que el tiempo es insuficiente.

En los estudios revisados, se muestra que, tanto el niño, como el núcleo familiar, comparten los sentimientos resultantes al proceso de enfermar. Diversos autores, como (Caleffi et al., 2016; Pinheiro da Silva 2003; Quintana et al., (2007) Azevêdo et al., (2011) y Grau et al., (2011), consideran que, el bienestar de uno, está directamente relacionado con el bienestar del otro, siendo fundamental una buena base emocional familiar para una buena resiliencia infantil. En este sentido, se observa la relevancia familiar para el cuidado infantil, debiendo ser incluida en los cuidados e intervenciones de enfermería. Por tanto, es fundamental por parte de los profesionales, llevar a cabo estrategias asistenciales que contribuyan a un mejor afrontamiento y resiliencia infanto-familiar.

Es evidente que las estrategias asistenciales encontradas, se relacionan más con aquellos niños cuya edad está comprendida entre los 3-12 años (edad preescolar y escolar) dada a la escasa recopilación encontrada para lactantes y adolescentes. Sólo los estudios de Rosenberg et al., (2014) y Marqués et al., incluyen a los adolescentes en sus muestras.

En el estudio de Volpato et al., (2018), se observa un vacío existente entre la variable de sexo de los pacientes pediátricos. Sin embargo, en el estudio de Oliveira et al., (2003) reflejan que, independientemente de la edad y el género, la función de la actividad lúdica genera cambios positivos en el niño hospitalizado.

Se destaca, por lo tanto, la necesidad de una mejor preparación profesional por parte de las instituciones pediátricas, con el fin de mejorar la infraestructura sanitaria para un cuidado más humano y de calidad. En el estudio de Marqués et al., (2016) se critica que la intervención lúdica no se encuentra en la categoría de cuidados diarios y no está prescrito, levantando como propuesta el desarrollo de “cuidar jugando” como algo intrínseco.

5. CONCLUSIONES

Como se ha observado a través de la lectura de los diferentes estudios, la hospitalización infantil contempla en su interior, no sólo el reconocimiento de la enfermedad física, sino que también cubre las necesidades emocionales y sociales, tanto del paciente pediátrico, como de su familia. Para ello, se debe llevar a cabo un enfoque integral, que, permitirá entender cuáles son los aspectos más relevantes que necesita, tanto él, como su entorno, para mejorar el afrontamiento ante el proceso de enfermar.

De esta manera, se destacan los aspectos psico-afectivos presentes en el proceso de la enfermedad y su internamiento, que pueden ser potenciados y aprovechados por el equipo de salud para cubrir sus necesidades y alcanzar los objetivos propuestos.

El hospital no debe ser interpretado solamente como un lugar de dolor y sufrimiento, sino que podemos convertirlo en un espacio dónde los niños interaccionen y se desarrollen según su ciclo vital, gracias a la incorporación de actividades lúdicas y estrategias de distracción. El jugar, es una actividad infantil intrínseca para un buen desarrollo motor, cognitivo, emocional, y social, de tal forma que pueda expresar sus sentimientos, ansiedades y frustraciones.

Con los resultados obtenidos, se confirma además, la gran variabilidad de estrategias que los niños pueden desarrollar para enfrentarse a los estresores relacionados con la hospitalización. Asimismo, se refuerza la idea que cuantas más estrategias asistenciales se pongan en práctica, menor será el impacto y el estrés ocasionado por la enfermedad y lo que ella conlleva. Si todos los profesionales sanitarios manejan y aplican este repertorio de estrategias y comportamientos, pueden ayudar de manera muy positiva al niño, mejorando los efectos de la hospitalización.

El jugar en sí, rescata la condición de ser niño y adolescente en un ambiente hospitalario, disminuyendo los temores, reorganizando las emociones, y olvidando que se encuentran en un contexto extraño. Además, como ya hemos visto, puede servir como herramienta para una buena adherencia terapéutica, así como para imitar diversos procedimientos médicos y ajustarlos a la realidad.

Gracias al desarrollo de actividades lúdicas, se verifica que el profesional de enfermería

se aproxima al niño y a su familia, formando un vínculo de confianza, rompiendo de ésta forma, las barreras existentes entre ambos. Por tanto, el cuidado de enfermería tiene mayor aceptación por parte de la familia, al reconocer el compromiso profesional que abarca el cuidado integral de su hijo.

De esta manera, es imprescindible desarrollar aptitudes y habilidades emocionales competentes para facilitar y promover las diversas estrategias asistenciales, que permitirán mejorar el afrontamiento y resiliencia tanto del niño como de su entorno.

5.1. Líneas de investigación

Una vez analizados los artículos en la discusión, se ponen de manifiesto diferentes áreas de estudio para futuras investigaciones:

- Dados los servicios asistenciales deseables, se recomienda impulsar la creación de cursos de formación de los profesionales de Enfermería, no sólo dirigidos a realizar procedimientos técnicos, sino que también, a promover habilidades pertenecientes a la esfera emocional, y que, posteriormente, se realice un seguimiento y se evalúen para observar cambios en la calidad del cuidado
- Continuar realizando investigaciones sobre las herramientas que permiten tanto a los niños como a sus familiares, aumentar su capacidad de resiliencia ante el proceso de enfermar. Y la necesidad de individualizar los cuidados atendiendo a sus necesidades y prioridades.
- Aumentar el número de estudios que consideren las variables de cultura y clase social, como elementos condicionantes e influyentes en el modo de afrontar la enfermedad infantil.
- Realizar estudios de corte cualitativo que incluyan las percepciones no sólo de los familiares, sino también de amigos cercanos, especialmente en la etapa adolescente, para conocer de qué manera influyen en el proceso de la enfermedad.

6. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora Dra Carmen Sellán Soto, por su implicación y apoyo para elaborar el presente trabajo. Por proporcionarme sugerencias y correcciones a lo largo de estos meses, para mejorar la calidad de esta revisión.

En segundo lugar, y no por ello menos importante, agradecer a mi familia por su apoyo incondicional, por su preocupación y ánimos recibidos, no sólo durante estos meses de trabajo constante, sino a lo largo de mi vida. Gracias por darme los mejores ejemplos de lucha y constancia, y de sonrisas y lágrimas.

Gracias a esta preciosa carrera que ha permitido encontrarme con grandes amigos que se han convertido en presentes y futuros compañeros de aventuras y preocupaciones.

Y en especial, quiero dedicar este trabajo a todas aquellas familias y niños que nunca se rinden y siguen luchando, por enseñarnos tantas lecciones de superación con las que verdaderamente se aprende.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alfaro, A.L y Murga, L. (2016). Niveles de Afrontamiento y Autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer. *Fides et Ratio- Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*. 12(12). 29-45
- Álvarez F, Fortin S, Bibeau G. (2008). La práctica pediátrica en un medio cultural plural: una experiencia en curso. *Arch Argent Pediatr* 106, 236-241
- Aparecida R, Farias, E, Castanheira, L, Melo, S.M. (2009). A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas [El arte del teatro clown en el cuidado de niños hospitalizados]. *Rev. esc. enferm.* 43(1) 186-193. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100024>
- Azevedo D, Da Silva J, Justino M.A, Nunes de Miranda F, Simpson C. (2007). O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde. *Ciencia cuidado e Saúde* 6(3):335-341
- Azevêdo dos Santos, A.V. (2011). O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 28(4) 565-572
- Ballon, Y.A, Escalante, Y, y H, M.M. (2016). “*Relación enfermera-paciente según la Teoría de Hildegard Peplau en el Servicio de Centro Quirúrgico de un Hospital Nacional*”. Proyecto de Investigación. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
- Barraza Macías A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 9(3), 110-129
- Berenbaum y Hatcher. (1992). Emotional distress of mothers of hospitalized children. *Journal of Pediatric Psychology*. 17, 359-372

- Brunoro. A; Benzaquen.G; Barros, L; Ambrósio. K; da Silva A.N; Esgalha. L; Hostert, Coimbra da Costa. P ; Rosalém. F. (2015). Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil . *Estud. psicol. (Campinas)*. 32(2) 331-341 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2015000200016>
- Cachón Rodríguez, E. (2007). El hospital y el paciente: Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index de enfermería*, 16(56).
- Caleffi CC, Rocha PK, Anders JC, Souza AI, Burciaga VB, Serapião Lda S. (2016). Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Rev Gaucha Enferm.* 37(2). doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
- Conde, Y, Dajruch, B y Ventura,L. (2015). *Barreras y facilitadores que plantean los enfermeros acerca del acompañamiento familiar del paciente pediátrico internado*. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, España.
- Cyrułnik B (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa 2002
- Da Silva LF, Cabral IE. (2015). Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Rev Bras Enferm.* 68(3) 337-42, 391-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680303i>
- Díaz de Flores, L, Durán de Villalobos, M.M, Gallego de Pardo, P, Gómez, B, Gómez de Obando, E, González de Acuña, Y, ... y Venegas, B.C. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1), 19-23
- DeMause, L. (1982). *Historia de la infancia*. Barcelona: Alianza Universidad.
- Dos Santos, RA y Nunes M.C. (2014). Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses”. *Ciencia saúde coletiva*. 19(12). Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.18862013>
- Espada, M.C, Grau C, Fortes M.C. (2010). Enseñar estrategias de afrontamiento a padres de niños con cáncer a través de un cortometraje. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 33(3),259 – 269

- Fernández, G. (2010). *Paciente pediátrico hospitalizado*. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina: UDELAR.
- Folkman S. (2013) Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman M.D., Turner J.R (eds) Encyclopedia of Behavioral Medicine. Springer, New York. Doi: <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9>
- Fontes, C; Mondini, da Silva Demoro C.C; Moraes, Almendros M.C; Bachega, M.C; Maximino, Patrisi N. (2010). Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 16(1) 95-106
- Foster, M., Whitehead, L., y Maybe, P. (2010). Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International journal of Nursing Studies*. 47(9). 1184-1193. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.005>
- Freud, A. (1986). *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós Iberica
- Frydenberg, E, & Lewis, R. (1996). A replication Study of the Structure of Adolescent Coping Scale: Multiple Forms and Applications of a Self-Report Inventory in a Counselling and Research Context. *European Journal Of Psychological Assessment*, 12(3), 224-235.
- Fuster, P (2016). *Enfermería Pediátrica y Cuidados Centrados en la Familia*. Programa de Doctorado en Investigación en Salud. Departamento de Enfermería. Universitat Internacional de Catalunya.
- Grau C. y Fernández M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212
- González, P. (2011). *Enfermería de la infancia y adolescencia*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Hernández, E y Rabaldán, J.A. (2014). Érase una vez...un cuento curativo. Atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura. *Educatio siglo XXI*. 32(1). 129-149
- Hockenberry, MJ y Wilson, D. (2011). *Wong's. Nursing Care of Infants and Children*. 9A de. EEUU: Elsevier Mosby; 2011.

- Jaramillo, L. (2007). Concepción de la infancia. *Zona próxima*. 8 (108-123)
- López-Naranjo, I. (2011). *Alteraciones Emocionales en la Hospitalización Infantil: Análisis Psicoevolutivo*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, Granada, España.
- Mara Dolce Lemos L, Pereira W.J, Santos J, da Silva A. (2009). Vamos cuidar com brinquedos? *Rev Gaúcha Enferm*. 36(2) 76-81
- Marriner, A y Raile, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier España
- Marqués E.P, Bruneto T.M, Anders J.C, Homem da luz J, Kuerten P, de Souza S. (2016). Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de de enfermagem [Juego lúdico en el cuidado de niños y adolescentes con cáncer: perspectivas de la enfermería]. *Esc Anna Nery*. 20(3) 1-8
- Méndez F.X, Ortigosa J.M y Pedroche. S. (1996). Preparación a la Hospitalización Infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2), 193-209
- Nascimento Pereira, F y Luiz Costa, A. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 17 (37) 167-179
Doi <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2007000200002>
- Oliveira, Sâmela Soraya Gomes de; Dias, Bompastor, M; Roazzib A. (2003). O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16(1)
- OMS|Desarrollo. (2018). Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
- Ortigosa, J, y Méndez Carrillo F. (2000). Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Teoría y práctica. Madrid, Biblioteca Nueva.
- O'Connor, K. Schaefer Charles E, Braverman, Lisa D. (2017) *Manual de terapia de juego*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.
- Peña L.V y Nieto L. (2012). *Afrontamiento del cuidador familiar ante la enfermedad oncológica en uno de Sus hijos*. Tesis de maestría no publicada. Universidad católica de Pereira Facultad Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación. Pereira, Colombia

- Pinheiro da Silva, M.F, (2003). *A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiencia. Estudos de Psicologia (Natal)*. 8(1) 193-197
- Quintana A.M, Pereira D.M, Rubin C, dos Santos M.S. (2007). [La vivencia del hospital desde la visión del niño internado] A vivencia hospitalar no olhar da criança internada. *Ciencia, Cuidado e Saúde*. 6(4) 414-423
- Rindstedt C. (2014). Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping. *Child: Care, Health and Development*. 40(4). 580-586. doi: <https://doi.org/10.1111/cch.12064>
- Rodrigues Gesteira EC, Dias Franco Ec, Pinto Braga P, Rodrigues Criscuolo MB, Silva Oliveira J. (2014). Contos infantojuvenis: uma prática lúdica de humanização para crianças hospitalizadas [Cuentos infantiles: una práctica lúdica de humanización para niños hospitalizados]. *R. Enferm. UFSM* 4(3) 575-583
- Rodríguez, M. y Frías, L (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: Una revisión. *Psicología y Salud*, 15, 169-185.
- Rosenberg, AR.; Yi-Frazier, JP.; Wharton, C; Gordon, K; Jones, B. (2014). Contributors and inhibitors of resilience among adolescents and young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. 3(4) 185-193. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jayao.2014.0033>
- Sellán Soto, M.C. (2009). *La profesión va por dentro. Elementos para una historia de la Enfermería Española contemporánea*. Madrid, España: Fuden
- Serradas Fonseca, M.L. (2008). Los derechos de los niños Hospitalizados: Un compromiso ineludible. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 71(2), 59-66
- Shelton, T.L., Jeppson, E & Johnson, B. (1987). In Association for the Care of Children's Health. (Ed.), *Family-centered care for children with special health care needs*. Washington, D.C.
- Tondatti P & Correa I. (2012). Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context [Utilización de la música y del juego en el cuidado de enfermería pediátrico en ambiente hospitalario]. *Invest Educ Enferm-Col*-. 30(3) 362-370

- UNICEF, (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Madrid, España: Rex Media
- Verhellen, E. (1997). Los derechos de los niños en Europa. Una visión global y un marco para su comprensión. *Protección infantil*, 2, 163-90
- Volpato C; Souza, Duarte C; Kaszubowski, Erikson; Crepaldi, Aparecida M. (2018). Efectos de la preparación psicológica prequirúrgica sobre el estrés y la ansiedad en niños y niñas. *Acta Colombiana de Psicología*. 21(1) 210-248
- Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. (2005). Illnes, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 450-454.
- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and Maladaptive Coping. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research Applications*, 505-531. New York: John Wiley & Sons.

8. ANEXOS:

Tabla 5: Relación de los resultados bibliográficos por orden de autor y sus resúmenes

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
“Niveles de Afrontamiento y Autoeficacia emocional en los padres de hijos con cáncer”	Alfaro A, Murga L. (2016) -Bolivia	Estudio descriptivo correlacional Muestra: 55 padres de familia de niños con cáncer de un centro de hospitalización infantil	Determinar el grado de correlación existente entre el afrontamiento y autoeficacia emocional en los padres de niños con cáncer	A partir del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (IEA) y Escala de Autoeficacia emocional (EAE) se consigue establecer una serie de relaciones: A mayor autoeficacia emocional, mayores serán los niveles de afrontamiento.
A arte do teatro clown no cuidado às crianças hospitalizadas [El arte del teatro clown en el cuidado de niños hospitalizados]	Aparecida, Farias, Castanheira, Melo Rocha. (2009). -Sao Paulo, Brasil	Estudio cualitativo descriptivo Muestra: 20 niños hospitalizados y 11 payasos	Objetivo: Explorar la experiencia del uso del teatro clown para niños hospitalizados.	La utilización del arte del teatro “clown” contribuye a la fantasía, risa y alegría, asimilándolo lo más posible a la vida cotidiana del niño. <i>“En busca del cuidado sin traumas”</i>
O brincar como instrumento terapêutico na visão da equipe de saúde.	Azevedo D, Da Silva J, Justino M.A, Nunes de Miranda F, Simpson C. (2007).	Revisión bibliográfica. Muestra: Artículos seleccionados en base de datos	Objetivo: Analizar la producción científica sobre el juego del niño en el hospital.	Las actividades recreativas favorecen la aceptación y comprensión de la estancia hospitalaria

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
	-Brasil			
“O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica.”	Azevêdo, dos Santos A.V. (2011). -Brasil	Revisión bibliográfica Muestra: Consultas en bases de datos electrónicas y capítulos de libros	Analizar la producción científica acerca del juego del niño con cáncer en el hospital.	Las investigaciones relatan las vivencias del niño y los efectos positivos gracias a la implantación de proyectos lúdicos, incluido la musicoterapia. Gracias al juego en el hospital se contribuye a la mejora en la asistencia de niños con cáncer, así como la humanización de los cuidados prestados.
“Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil”	Brunoro, Benzaquen, Barros, Ambrósio, da Silva, Esgalha, Hostert, Coimbra da Costa. Rosalém. (2015) -Brasil	Estudio cuantitativo descriptivo Muestra: 148 pacientes de entre 6-12 años	Describir las estrategias de afrontamiento de los niños hospitalizados.	El niño hospitalizado debe lidiar con estresores que generan ansiedad y sufrimiento. Para ello, se analizaron las respuestas al instrumento de “Evaluación de las Estrategias de Enfrentamiento de la Hospitalización”, observando similitudes en los procesos de afrontamiento entre los niños.
“Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children.”	Caleffi CC, Rocha PK, Anders JC, Souza AI, Burciaga VB, Serapião Lda S. (2016) -Brasil	Estudio cuantitativo analítico Muestra: 7 niños entrevistados y observados durante las sesiones de juego	Analizar cómo el juego ayuda en el cuidado de niños hospitalizados.	A partir de un Modelo de Atención de Enfermería “Cuidar Jugando” por los pasos: “Acogiendo/Jugando/Finalizando”, se establece la importancia del juguete terapéutico, así como la inserción de la familia en el cuidado

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
“Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting.”	Da Silva LF, Cabral IE. (2015) -Río de Janeiro, Brasil	Estudio de investigación cualitativo descriptivo Muestra: 22 familias con niños con cáncer que reciben tto ambulatorio	Dimensionar los espacios y la gente que trabaja en el juego.	Los profesionales, especialmente las enfermeras de ámbito hospitalario deben desarrollar competencias para facilitar el juego y así promocionar el adecuado desarrollo del niño
“Resilience and death: the nursing professional in the care of children and adolescents with life-limiting illnesses”	Dos Santos RA, Nunes. MC (2014) -Río de Janeiro, Brasil	Estudio de investigación cualitativo descriptivo Muestra: 20 profesionales de enfermería de un hospital pediátrico	Contribuir con la desnaturalización de la idea de que sufrimiento es intrínseco a la dinámica de hospitalización	Capacitar al profesional en salud para llevar a cabo estrategias que contribuyan a ayudar a los niños a desencadenar respuestas relacionadas con la resiliencia. Dependerá también, de las reacciones individuales de cada niño, y del apoyo colectivo que éste reciba.
“Enseñar estrategias de afrontamiento a padres de niños con cáncer a través de un cortometraje”	Espada, Grau, Fortes. (2010). -España	Estudio de investigación cualitativo descriptivo. Muestra: padres de la asociación ASPANION Instrumento: cortometraje	Enseñar estrategias de afrontamiento a través de un cortometraje	Fomentar las ayudas que posibiliten enseñar estrategias de afrontamiento a los familiares de hijos con cáncer.
“Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada.”	Fontes, Mondini, da Silv Morales, Bachega, M.C; Maximino, (2010) -Sao Paulo, Brasil	Estudio de investigación cuantitativo descriptivo Muestra: Niños de entre 4-12 años de ambos sexos sometidos a cirugía e incluidos en la	Utilizar el juguete como recurso terapéutico.	Describe la co-relación que pueden llegar a tener los materiales o recursos enfermeros con juguetes. (Guantes, mascarillas, vestuario...). La familiarización los materiales sanitarios disminuye la sensación 37 umiento y temor, por lo que se produce u ficación de estos

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
		programación qx		objetos.
“Familia y enfermedad crónica” pediátrica.	Grau Rubio, C. y Fernández Hawrylak, M. (2010). -España	Revisión bibliográfica Muestra: Artículos seleccionados en base de datos		La hospitalización infantil contribuye siempre un desafío familiar. Por lo que se deben llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias, centradas en la singularidad y necesidades de cada familia.
“Érase una vez... un cuento curativo. Atención educativa en población infantil hospitalizada a través de la literatura”	Hernández Pérez E, Rabaldán Rubio J.A. (2014)	Artículo		La importancia de la literatura infantil (cuento), como instrumento terapéutico, ofreciendo cuidados personalizados, a fin de contribuir en el bienestar del niño hospitalizado. Permite la evasión y diversión del niño, contribuyendo a su desarrollo personal.
Vamos a cuidar com brinquedos?	Mara Dolce Lemos Pereira, Santos, da Silva (2009). - Río Grande do Norte, Brasil	Estudio cualitativo, exploratorio descriptivo Muestra: 17 profesionales de la salud Instrumento: Cuestionario sobre el juguete y la atención a los niños enfermos	Describir la percepción de Enfermería en cuanto a la preparación de niños y adolescentes para procedimientos hospitalarios, y averiguar el uso del juguete terapéutico por los profesionales durante la	El cuidado con los juguetes, así como insertar el juguete mientras la realización de técnicas, es uno de los recursos más eficaces para propiciar el bienestar del niño en el hospital

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
			hospitalización	
“Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspectivas da equipe de enfermagem”	Marqués, Bruneto, Anders Homem da luz, Kuerten, de Souza, (2016). -Brasil	Estudio de investigación cualitativo descriptivo Muestra: 29 profesionales de enfermería de una Unidad de Hospitalización Onco-hematológica	Describir la perspectiva enfermera sobre la utilización del juego en el cuidado de niños y adolescentes hospitalizados.	Considera lo lúdico como herramienta indispensable para el cuidado. “... <i>tornando el hospital más agradable</i> ”
“Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: Uma breve revisão.”	Nascimento y Luiz (2007) -Brasil	Revisión bibliográfica. Muestra: Artículos seleccionados en base de datos	Efectuar una revisión bibliográfica sobre la preparación psicológica para la hospitalización infantil.	Propone un modelo de programa de preparación psicológica para la hospitalización infantil, aumentando así, la adhesión al tratamiento y el desarrollo de estrategias de enfrentamiento.
“O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das	Oliveira, Sâmela Soraya Gomes de; Dias, María da Graça Bompastor	Estudio de investigación cuantitativo descriptivo Muestra: 36 niños de entre 6-10 años divididos en dos	Verificar si los recursos lúdicos modifican las estrategias utilizadas por niños	Independientemente de la edad y el género, la función de la actividad lúdica genera cambios positivos en el niño hospitalizado. A partir de estrategias de regulación de la

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
emoções em crianças hospitalizadas.”	Borges; Roazzib A. (2003) -Brasil	grupos (dentro y fuera del hospital)	hospitalizados para lidiar con las emociones de rabia y tristeza	emoción (RE) se consigue lidiar con las emociones de rabia y tristeza.
“A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiencia.”	Pinheiro da Silva Junqueira, María de Fátima. (2003). -Río de Janeiro, Brasil	Revisión bibliográfica Muestra: Artículos seleccionados en base de datos	Observar y fortalecer el vínculo entre madre-hijo hospitalizado a través del juego	El jugar aparece como señal de salud en la perspectiva de las madres. El juego se establece como otra posibilidad de que la madre se comunique y se relacione con su hijo. Para las madres, el jugar funciona para liberar ansiedades.
[La vivencia del hospital desde la visión del niño internado] A vivencia hospitalar no olhar da criança internada	Quintana, Pereira, Rubin Rossato, dos Santos, (2007) -Río Grande do Sul, Brasil	Estudio cualitativo descriptivo Muestra: 8 niños del hospital pediátrico. Instrumento: entrevista lúdica y diseño-historia	Conocer cómo el niño vive el internamiento hospitalario.	Los niños tienen dos visiones sobre los enfermeros, positiva ya que nos preocupamos por el cuidado, y negativas ya que realizamos técnicas dolorosas.
“Children's strategies to handle cancer: a video ethnography of imaginal coping.”	Rindstedt C. (2014). -Sweden	Artículo	Identificar las estrategias que los profesionales y padres utilizan para apoyar a los niños en su afrontamiento.	Este artículo explora el uso de la imaginación para enfrentar las dificultades de la enfermedad (afrontamiento imaginario). El foco se encuentra en el afrontamiento lúdico, y en cómo los miembros del personal (enfermeras, payasos...) contribuyen al desenlace de la enfermedad.

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
Contos infantojuvenis: uma prática lúdica de humanização para crianças hospitalizadas	Rodrigues Gesteira, Dias Franco, Pinto, Rodrigues Criscuolo, Silva Oliveira. (2014) -Brasil	Estudio de investigación cualitativa descriptiva Muestra: 12 niños hospitalizados y sus familias Método observacional	Comprender las reacciones de los niños hospitalizados y de sus familias.	Se aprecia un cambio en el estado de ánimo, así como cambios en la postura facial y corporal, al escuchar historias (cuentos)
“Contributors and inhibitors of resilience among adolescents and young adults with cancer.”	Rosenberg, Abby, Yi-Frazier, Wharton, Gordon, y Jones. (2014) -EEUU	Estudio de investigación cualitativo descriptivo Muestra: Pacientes de entre 14 y 25 años inscritos entre 14 y 60 días después de su diagnóstico de cáncer	Describir la capacidad de recuperación de identificar los contribuyentes o inhibidores de resiliencia	Cinco temas son los contribuyentes predominantes o inhibidores de la resiliencia: estrés y afrontamiento; objetivos; propósito y planificación; optimismo; gratitud y significado; conexión y pertenencia.
“Use of music and play in pediatric nursing care in the hospital context”	Tondatti & Correa. (2012). -Brasil.	Revisión bibliográfica Muestra: Artículos seleccionados en base de datos	Analizar las publicaciones científicas que abordan el uso de la música y el juego en el cuidado.	El uso del juego y de la música son terapias muy eficaces para el cuidado humanizado.

Título	Autores/ Año/Origen	Diseño/Muestra	Objetivo	Resumen
“Efectos de la preparación psicológica prequirúrgica sobre el estrés y la ansiedad en niños y niñas”	Volpato, Souza, Duarte, Kaszubowski, Crepaldi, Aparecida (2018). -Colombia	Estudio cuantitativo analítico Muestra:80 niños de un hospital infantil divididos en dos bloques por sexo y preparación	Evaluar el impacto del estrés en niños sometidos a cirugías.	Describen los beneficios de la utilización de la Escala de Estrés Infantil (ESI) y el Inventario Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAIC) para contribuir a la mejora de la preparación psicológica del niño ante cualquier procedimiento en el hospital.

Fuente: Elaboración propia